



ENGLISCH/ENGLISH

3. Schmerzen - pain

SEIT WANN HABEN SIE SCHMERZEN?

SINCE WHEN ARE YOU WITH/IN PAIN?

- | | |
|---|------------------|
| <input type="checkbox"/> ein paar Stunden | For a few hours |
| <input type="checkbox"/> 1 Tag | 1 day |
| <input type="checkbox"/> 2 bis 6 Tage | 2 to 6 hours |
| <input type="checkbox"/> über 1 Woche | More than 1 week |
| <input type="checkbox"/> 1 Monat | 1 month |
| <input type="checkbox"/> Immer | Always |

Wann haben Sie Schmerzen?

When do you feel the pain?

- | | |
|----------------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> Nachts | At night |
| <input type="checkbox"/> Morgens | In the morning |
| <input type="checkbox"/> Mittags | At noon |
| <input type="checkbox"/> Abends | In the evening |
| <input type="checkbox"/> Immer | Always |

Gab es ein auslösendes Ereignis? Wenn ja:

Has there been a triggering incident?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sturz | Fall |
| <input type="checkbox"/> Unfall | Accident |
| <input type="checkbox"/> andere Verletzung | Other injury |
| <input type="checkbox"/> Sind die Schmerzen
situationsabhängig? | Does the pain depend on the situation? |
| <input type="checkbox"/> Nein, ich habe immer Schmerzen. | No, I am always in pain |
| <input type="checkbox"/> Ja, die Schmerzen treten
unregelmäßig auf. | Yes, the pain occurs unfrequently |
| Wenn ja: | If so: |
| <input type="checkbox"/> beim Essen | While eating |
| <input type="checkbox"/> nach dem Essen | After eating |
| <input type="checkbox"/> beim Toilettengang | While using the restroom |



- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> bei Bewegung | <i>While moving</i> |
| <input type="checkbox"/> bei der Atmung | <i>While breathing more intense than normal</i> |
| <input type="checkbox"/> beim Schlucken | <i>While swallowing</i> |
| <input type="checkbox"/> in Ruhe | <i>At rest</i> |

Welche Qualität haben die Schmerzen?

How do you describe the pain?

- | | |
|---|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> <i>Konstant</i> | <i>Constant</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Pulsierend</i> | <i>pulsatile</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Dumpf</i> | <i>dull</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Brennend</i> | <i>burning</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Stechend</i> | <i>penetrative</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Diffus</i> | <i>diffuse</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Krampfartig</i> | <i>Crampy/spasmodic</i> |